



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
“Dr. Dacio Crespo”

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

## **Curso académico 2014 – 2015**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Conocimientos, prácticas y actitudes de  
los padres ante la fiebre en el niño.**

Alumna; Lourdes Olmedo Iglesias

Tutora; Dña. Candelas Gómez Mateos

Junio 2015

## Índice

1.	RESUMEN.....	2
2.	INTRODUCCIÓN.....	4
3.	OBJETIVOS.....	13
4.	MATERIAL Y MÉTODO.....	14
5.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	18
6.	ASPECTOS ÉTICOS.....	19
7.	APRENDIZAJE DE MIEMBROS DEL EQUIPO.....	20
8.	CONTROL DE CALIDAD.....	21
9.	LIMITACIONES.....	22
10.	APLICACIÓN PRACTICA DE LOS RESULTADOS.....	23
11.	MEDIOS DISPONIBLES.....	24
12.	CRONOGRAMA.....	25
13.	PRESUPUESTO.....	26
14.	PETICIÓN DE AYUDAS.....	27
15.	BIBLIOGRAFÍA.....	28
16.	ANEXOS.....	30

# 1. RESUMEN

## Introducción

Uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica clínica diaria, es la presencia de fiebre en los niños, ocasionando en muchos de los casos, un estado de temor y de angustia en los padres. También conocido con el término de “fiebre fobia”.

Muchos de los padres consideran la fiebre como el indicador más exacto de que su hijo ha adquirido una infección seria o que le ocurre algo grave, situación que conlleva en muchos de los casos, a un uso inadecuado del sistema sanitario y en especial de los servicios de urgencias.

## Objetivo

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y cuidadores del niño con fiebre.

## Diseño

Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal.

## Material y método:

Se trata de un estudio cuyo objetivo será analizar en un servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP) los conocimientos y actitudes que toman los padres en el abordaje del niño con fiebre.

La población de estudio será los padres o cuidadores de niños cuya edad este comprendida entre 0 y 6 años que acudan al servicio porque hayan detectado la presencia de fiebre en el niño.

La obtención de los datos se realizará mediante encuesta autoadministrada compuesta por 13 preguntas; de las cuales 11 son abiertas y 2 son cerradas, donde se medirá;

- El nivel de conocimiento.
- La interpretación de la fiebre.
- La forma de medirla.
- Las prácticas para paliar sus síntomas.

**Análisis estadístico:**

Las variables categóricas serán analizadas mediante tablas de contingencia y mediante porcentajes. Las variables numéricas mediante sus respectivas medias con la desviación estándar.

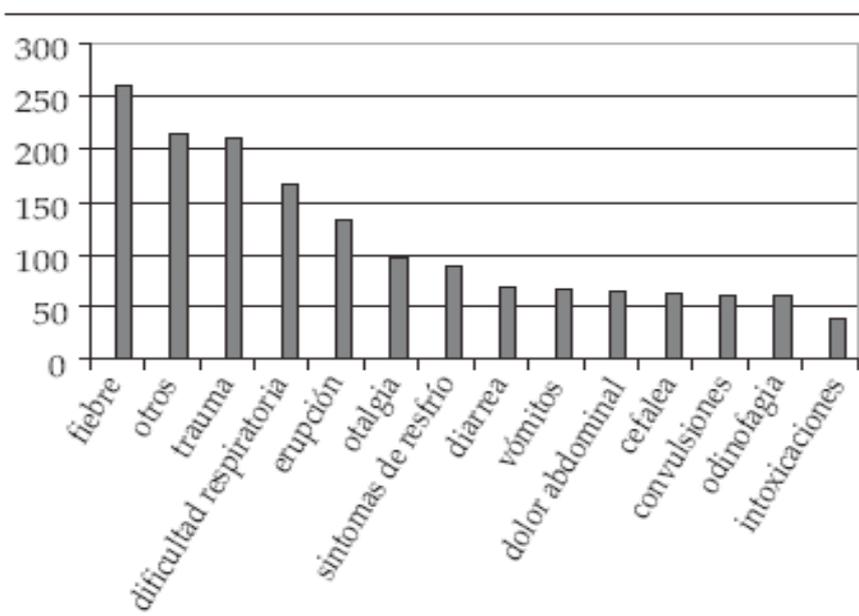
**Palabras clave: Fiebre, fiebrefobia, padres, cuidadores.**

## 2. INTRODUCCIÓN

La fiebre es el aumento de la temperatura corporal por encima de los valores considerados como normales. Representa un mecanismo de defensa, que en la mayoría de los casos se pone en marcha frente a una agresión cuando el sistema inmunitario se activa. La temperatura corporal está regulada por las neuronas termosensibles, localizadas en el hipotálamo anterior o preóptico, que responden a cambios en la temperatura de la sangre y a conexiones nerviosas directas con los receptores de calor y frío localizados en la piel y en el músculo<sup>1</sup>.

La gran mayoría de los niños sufren cuadros de fiebre, generalmente estos son de corta evolución y sin signos de focalidad. En el mayor número de los casos la presencia de la fiebre se relaciona directamente con un proceso viral, aunque hay otros en los que la fiebre es causada por lo que se conoce como bacteriemia oculta, que por suerte en raras ocasiones evoluciona rápidamente, lo cual nos indicaría un proceso de infección muy grave para el niño<sup>2</sup>.

A continuación, en la (figura 1) se muestra a través de un sencillo diagrama los principales motivos de una consulta en urgencias destinada al paciente pediátrico.



**Figura 1**, Principales motivos de consulta en servicio de de urgencias.

**Fuente**; Estudio multicéntrico de la urgencia pediátrica. Arch. Argent. Pediatr. v104; (4). Julio/ago 2006. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=)

La suma de los ocho motivos de consulta más frecuentes (fiebre, trauma, dificultad respiratoria, erupción, otalgia, síntomas de resfrío, diarrea o vómitos) constituyeron el 75,8% de las causas de consulta <sup>14</sup>.

La manera más objetiva de conocer si un niño tiene fiebre es a través del termómetro, instrumento de medida más usado para determinar la temperatura corporal. Desde la prohibición en 2006 por parte de la Unión Europea del uso del mercurio en instrumentos clínicos, se han extendido otros tipos, de ellos, el termómetro electrónico de lectura digital es el más implantado por su fiabilidad, rapidez, seguridad y facilidad de lectura <sup>15</sup>.

En algunas ocasiones, la comprobación de la fiebre en el niño se retrasa debido a la ausencia de un termómetro en el hogar y a la falsa creencia de que con sólo la sensación táctil se detecta el proceso febril <sup>9</sup>.

El rango de la temperatura varía en función del lugar de medida y el momento del día. Se considera fiebre toda temperatura axilar superior a 38°C, o rectal superior a 38,5°C, así como febrícula a toda temperatura axilar entre 37°C y 38°C<sup>2,3</sup>.

En relación al lugar de medición de la temperatura, se sabe que el valor de esta varía según dónde se efectúe la toma. La axila es un lugar accesible aunque de menor exactitud, excepto en menores de un mes. La cavidad oral es un lugar más exacto, pero poco utilizado en nuestro medio. En el oído (tímpano) la medición sólo es precisa si el termómetro está bien colocado y el tímpano no está afectado. El recto se utiliza sobretodo en lactantes, y tiene como ventaja que se correlaciona bien con la temperatura central, aunque necesita la vigilancia del cuidador y es susceptible de producir lesiones<sup>4</sup>.

Así a lo largo de la historia el manejo de la fiebre ha evolucionado paralelamente a la evolución del conocimiento científico, es por ello que cabe mencionar el significado que ha tenido ésta durante el transcurso del tiempo.

Existe una larga tradición, al menos en las culturas occidentales, de considerar a la fiebre de un modo dual, unas veces como respuesta a una enfermedad y otras como una enfermedad en sí misma.

En la antigua Grecia la fiebre era considerada un signo beneficioso durante una infección. Esta creencia tuvo sus orígenes en la doctrina Empedocleana que planteaba que la raíz de todo asunto estaba en “la tierra, el aire, el fuego y el agua”.

Estos conceptos fueron replicados por otros, incluidos los de Hipócrates, quien se refirió a los cuatro humores; sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Ellos consideraban que la enfermedad se presentaba cuando uno de estos humores era producido en exceso y en respuesta a este desbalance, el cuerpo desarrollaba una fiebre que “cocinaba” el exceso del humor y finalmente se alejaba del cuerpo.

Las teorías de Hipócrates y Galeno coincidían al considerar ambos el papel beneficioso de la fiebre y el uso de esta como terapia <sup>5,6</sup>.

La primera de las teorías revisadas acerca de la fiebre en el siglo XX comienza con la cita de Tomas Sydenham<sup>7</sup>, conocido médico inglés que expresó: “La fiebre es el motor que la naturaleza brinda al mundo para la conquista de sus enemigos”.

Este concepto beneficioso de la fiebre se mantuvo sin cuestionamientos, durante muchos años se realizaron importantes trabajos científicos que señalaron a la fiebre como un mecanismo de valor en la supervivencia del huésped infectado<sup>8</sup>.

Más adelante con los experimentos de Claude Bernard, eminente fisiólogo francés, quien demostró que los animales morían cuando su temperatura corporal normal excedía de 5-6°C<sup>5</sup>, y con la introducción del termómetro en la práctica médica, comenzó a considerarse a la fiebre como un signo no tan beneficioso.<sup>8</sup>

Un paso muy importante fue el uso del termómetro en el siglo XVII y posteriormente el uso de drogas antipiréticas a finales del siglo XIX cuya práctica continúa actualmente. Esta práctica ha cambiado el concepto de fiebre de tal manera que se ha tratado como una enfermedad y no como una respuesta defensiva del organismo, provocando que en muchos casos la fiebre se combata de forma indiscriminada por parte de los cuidadores sin tener en cuenta la relación causal<sup>8</sup>.

Otro punto importante a destacar es la unificación de los criterios, aun cuando la evaluación y el manejo del niño con fiebre llegan a ser en muchas consultas un proceso diario, existe una controversia permanente acerca del diagnóstico, enfoque y manejo de estos pacientes.

El desconocimiento de los límites de la normalidad de la temperatura corporal en los seres humanos y sus posibles consecuencias, así como lo controvertido respecto al tratamiento de la fiebre, genera gran inseguridad en los padres o cuidadores del niño y también frecuentemente en el personal sanitario que en ocasiones puede provocar un sobredimensionado del cuadro febril.

Es importante tener en cuenta que la fiebre no es una enfermedad en sí misma, sino que es una respuesta del organismo a la invasión de patógenos. No siempre que aparece una elevación de la temperatura es sinónimo de bacteriemia o cualquier proceso infeccioso, también puede ser el comienzo de un cuadro de etiología múltiple o cualquier otra afectación como por ejemplo de tipo tumoral.

Se debe tener en consideración las siguientes definiciones <sup>16</sup>:

- Fiebre sin foco: registro axilar / rectal en domicilio o en urgencias de una temperatura igual o superior a 38°C/ 38,5°C respectivamente, sin cuadro catarral evidente, síntomas respiratorios (taquipnea) o a un proceso diarreico.
- Síndrome febril sin focalidad: niño con fiebre sin foco, en el cual la exploración física no pone de manifiesto la fuente de la fiebre (otitis media aguda, infección osteoarticular o de tejidos blandos, estertores en la auscultación pulmonar).
- Bacteriemia oculta: proceso febril en el que el niño no presenta clínicamente sensación de gravedad pero en el que se detectan bacterias patógenas en sangre.

En la siguiente tabla se pueden observar algunas descripciones de las principales causas de la fiebre en el niño.

**Tabla1. Principales Causas de fiebre en el niño**

Causas metabólicas	Deshidratación, fiebre de sed
Causas ambientales	Abrigo en exceso, golpe de calor
Neoplasias	Linfoma de Hodgking, sarcoma de Ewing
Enfermedades autoinmunes	Vasculitis, Eritema nodoso
Enfermedades metabólicas y heredofamiliares	Fiebre mediterránea familiar, hipertiroidismo
Trastornos por excesiva producción de calor	Feocromocitoma , estatus epiléptico
Alteraciones de la regulación de la temperatura	Encefalitis, Traumatismo craneocefálico
Fiebre facticia	Fiebre autoinducida

**Fuente;** Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J. Tratado de urgencias en pediatría. 2º Ed. Madrid: Ergón; 2011.

Cuando el niño llega a la consulta de urgencias se ha de tener en cuenta:

**Los antecedentes personales de interés** .En los lactantes menores de 3 meses, resulta muy importante conocer la historia perinatal, si el embarazo ha sido controlado y ha seguido un curso normal. Tiene más riesgo de infección por bacteriemia grave (IBG) prematuros menores de 3 meses, niños con alguna otra patología de base, todo enfermo crónico y pacientes inmunodeprimidos.

También cuando se administran algunas vacunas (tétanos, tosferina...) puede aparecer un episodio de fiebre durante las primeras 24-48 horas, e incluso después de intervenciones quirúrgicas, y la administración de algún tipo de fármacos puede aparecer fiebre hasta 7 días después.

Es preciso también tener en cuenta, en el niño con fiebre:

**El tiempo de evolución, características de la fiebre, y los síntomas acompañantes** como la tos, náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, dolor abdominal, actividad del niño, así como la aparición de exantemas y/o alteraciones cutáneas y si existen signos de alarma por los cuales se deben tomar las medidas procedentes.

Entre los signos que deben poner en alerta tanto a profesionales como cuidadores o padres tenemos la hipoperfusión tisular que se manifiesta con frialdad, la cianosis, alteraciones del nivel de consciencia, la presencia de un exantema petequeal, el rechazo de las tomas e irritabilidad, signos de letargia o rigidez de cuerpo o extremidades y dificultad respiratoria<sup>2,3</sup>.

Uno de los aspectos más importantes cuando se valora al niño con fiebre es la **edad**, porque en la anamnesis los criterios son directamente dependientes de ella, se valora y se actúa de manera diferente:

**En lactantes**, menores de tres meses, el sistema inmune es aún muy inmaduro, las probabilidades de desarrollar una sepsis son más elevadas. Incluso a veces presentando un buen estado general aparente, subyace un problema grave que de no ser descubierto tenga un desenlace de consecuencias imprevistas.

Existe una incidencia del 17% de IGB (infección por bacteriemia grave) en niños con aspecto séptico, pero también se informa que en un 8,6% de lactantes se sospecha el mismo cuadro aunque no presenten el aspecto típico del mismo<sup>2</sup>.

En este grupo de edad los signos y síntomas son muy inespecíficos por lo que se debe atribuir un gran valor al comportamiento del niño.

La fiebre **entre los 3 y 24 meses** es donde existe una mayor capacidad para localizar la infección y por tanto determinar el origen de la fiebre y en consecuencia, hay una mejor correlación entre el estado general y la gravedad del proceso.

En los niños **mayores de 24 meses** su desarrollo inmunológico es completo y se considera que la infección bacteriana grave subyacente es baja. Siendo la exploración de los pacientes más concluyente<sup>2,3</sup>.

Actualmente se contempla el tratamiento de la fiebre con respecto a los siguientes aspectos:

En los que respecta a la **ubicación**, el lugar más adecuado para el niño sin patología grave debe ser su casa, con un reposo relativo, no es necesario permanecer encamado.

En cuanto a **las medidas físicas**, se debe mantener el niño febril con muy poca ropa o casi desnudo. En el baño la temperatura del agua debe ser 5°C por debajo de la temperatura axilar y la duración de unos 30 minutos. No usar agua fría ni otros medios físicos.

La **administración de antitérmicos** se focalizara en dos fármacos principalmente, siendo el de primera elección el paracetamol y posteriormente el ibuprofeno (preferentemente siguiendo las instrucciones del pediatra); otro fármaco de posible uso es el metamizol. La alternancia de antitérmicos no está recomendada.

Cuando con un solo fármaco no conseguimos el bienestar del niño, se pueden utilizar dosis ocasionales del otro antitérmico, es importante explicarle a los padres que si la temperatura asciende pasado el efecto antitérmico, esto no es un fracaso, debiendo esperar al menos una hora y media para valorar su eficacia<sup>2</sup>.

En la siguiente tabla se puede observar los tipos de antitérmicos dosis recomendables- vías de administración (Tabla 2).

**Tabla 2. Tipos de fármacos, dosis, vías de administración y reacciones adversas.**

FARMACO	DOSIS	VÍA DE ADMON	REACCIÓN .ADVERSA
<b>Paracetamol</b>	10-20 mg/día	-oral -rectal	-Fármaco muy seguro. -Precaución; la sobredosis puede provocar necrosis hepática.
<b>Ibuprofeno</b>	Analgesia: 20-40 mg/día (cada 6-8 horas). Antiinflamatorio: 30-70 mg/día.	-oral	-No usar en menores de 3 meses. -Bien tolerado a dosis analgésicas. -dosis antiinflamatorias; irritación gástrica, hemorragia digestiva, edemas y anemia.
<b>Metamizol</b>	20-25 mg//dosis (cada 6 horas).	-oral -intravenoso -intramuscular	-Discrasias sanguíneas. -La inyección (iv) rápida puede provocar hipotensión, taquicardia, náuseas

**Fuente;** Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J. Tratado de urgencias en pediatría. 2º Ed. Madrid: Ergón; 2011.

## Justificación

En pocas ocasiones la fiebre es en cuanto tal una amenaza para el niño, e incluso puede resultar beneficiosa. Sin embargo, existe un temor que se desencadena en los padres y cuidadores y en no pocas ocasiones se trata agresivamente el cuadro febril.

Esta situación no es nueva y ya Schmitt acuñó el término “fiebre fobia” describiendo los errores conceptuales de los padres, de bajo nivel sociocultural, respecto de lo que entendían por fiebre y como estos errores llevaban a las prácticas inadecuadas y de riesgo para disminuir la fiebre<sup>12</sup>.

Ante un niño con fiebre o con una elevación de la temperatura corporal los padres o los cuidadores experimentan temor y ansiedad injustificados y como consecuencia es uno de los motivos de la elevada frecuentación en las consultas de pediatría y servicios de urgencias, tanto de los hospitales como de atención primaria, representando entre el 30 % y el 50% de los motivos de consulta en los servicios de urgencias.

La variabilidad y la diferente expresividad de los cuadros clínicos plantean en muchos casos un reto diagnóstico, sobretodo en lactantes y en niños pequeños, puesto que la apariencia clínica de un niño con una infección banal y una infección potencialmente grave puede ser similar inicialmente.

La búsqueda del origen de la fiebre en ocasiones es dificultosa en algunos casos, por la premura en la asistencia y el corto tiempo de evolución. Distintas circunstancias contribuyen a esta dificultad, como son el desconocimiento, las falsas creencias, el confucionismo, la masificación y la disparidad de su abordaje y tratamiento.

En definitiva, este proyecto trata de desarrollar un estudio objetivo y completo de cómo actúan los padres y cuidadores ante situaciones de cuadros febriles, y como en muchos de los casos estudiados, esa excesiva preocupación y el tratamiento agresivo de cuadros febriles, trae consecuencias negativas al propio sistema y su correcto funcionamiento.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y cuidadores de niños (0-6 años) que acuden ante un proceso de fiebre a un servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP).

#### **Objetivos Específicos**

1. Evaluar el conocimiento de los padres y cuidadores acerca de los valores de temperatura normal o patológica.
2. Conocer los métodos utilizados para la medición de la temperatura corporal.
3. Conocer las medias antitérmicas utilizadas (físicas y antitérmicos).
4. Conocer el uso de medicamentos (tipo y dosis), previos a la demanda de un servicio profesional.
5. Valorar la justificación de la demanda asistencial que tiene como motivo la presencia de fiebre.
6. Valorar la justificación de impartir programas de educación sanitaria hacia padres y cuidadores sobre la fisiopatología de la fiebre.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño**

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal.

### **Emplazamiento**

El estudio se llevara a cabo en el servicio de urgencias de Atención Primaria de Palencia (SUAP).

### **Sujetos de estudio**

Padres y cuidadores de niños entre 0 y 6 años que acuden a al servicio de urgencias de Atención Primaria con motivo de demanda la presencia de fiebre en el niño.

### **Criterios de selección**

Los pacientes serán seleccionados de forma consecutiva durante el periodo de un año según acudan al servicio de urgencias. (Se eligen durante un año para recoger todas las enfermedades de tipo estacional y establecer un día de prevalencia).

### **Criterios de inclusión**

Padres y/o cuidadores de niños ente 0 y 6 años que acuden al servicio de urgencias refiriendo la presencia de fiebre en el niño.

### **Criterios de exclusión**

1. Padres de niños con procesos complejos de difícil manejo (enfermedades raras, inmunodeficiencias etc...) que precisen de la evaluación de especialistas.
2. Padres o cuidadores con visibles signos de incapacidad intelectual o deterioro de la conducta.
3. Personal sanitario (médicos, enfermeras.).
4. Variables demográficas de los padres o cuidadores.
5. Nivel educativo y profesión.
6. Nacionalidad.
7. Número de hijos.
8. Edad y sexo del niño.

## **Instrumentos de recogida de datos**

### **1. Cuestionario autoadministrado**

Este se iniciara previa firma del consentimiento informado y habiendo explicado los objetivos de la investigación.

El cuestionario consta de varios items con preguntas cerradas y abiertas que recoge datos demográficos, utilización del termómetro y tipos, zona física de la toma de la temperatura, manejo de antitérmicos y tiempo de evolución de la fiebre antes de acudir al servicio de urgencias. (Anexo 1).

Termómetro; se utilizará termómetro digital modelo; SMS-DT11E-EN-01 (ISO, 9000). Este instrumento cumple con la directiva europea sobre productos sanitarios. 93/42/CEE.

### **2. Criterios de medición y actuación ante la fiebre**

Se verifica la información recibida mediante la toma de la temperatura axilar en el servicio de urgencias, siguiendo las recomendaciones de la sociedad española de pediatría. (Anexo 2). El termómetro ótico se debe emplear a partir de los 3 meses de edad y es preciso que esté bien colocado.

### **3. La fiebre**

La fiebre es la respuesta normal del cuerpo hacia una infección, la mayoría causadas por enfermedades virales. La aparición de la fiebre indica el inicio de una infección, y su desaparición, a menudo, señala el final de una enfermedad.

Se considerará fiebre como criterio de medida para este estudio, toda aquella temperatura corporal que oscile entre los 38°C axilares y 38,5°C rectales hasta los 40°C, en el paciente pediátrico que acude a consulta de 0 a 6 años <sup>13</sup>.

A continuación se mostrarán los criterios según la asociación española de pediatría (*tabla 3*).

**Tabla3. Clasificación de la fiebre. Criterios de la asociación española de pediatría (referencia axilar) <sup>13</sup>.**

Hipotermia	<35°C
Temperatura normal	35,5-36,9°C
Febrícula	37-37,9°C
Fiebre moderada	38-38,9°C
Fiebre alta	39-40°C
Fiebre muy alta (Hiperpirexia)	>40°C

**Fuente;** Cortes O. la fiebre en el niño: respeto pero no miedo. Fisiopatología de la termorregulación:[monografía en Internet]. (Acceso 24 abril de 2015). Disponible en: [http://www. Cpicmha.sld.cu/hab/vol13\\_2\\_07/hab08207.htm](http://www.Cpicmha.sld.cu/hab/vol13_2_07/hab08207.htm).

#### **4. Tratamiento de la fiebre**

-Si la fiebre no es muy elevada por debajo de 38,5°C axilar debemos de aplicar medidas físicas.

-Si la temperatura es más elevada y además persistente se pueden utilizar medicamentos (antitérmicos).

- Los antitérmicos están indicados en los casos en los que la temperatura sea superior a 38°C, excepto en los casos en los que exista además; convulsiones, enfermedad metabólica, neurológica o alguna cardiopatía.

- Es necesario acudir al servicio de urgencias cuando; existan manchas en la piel de color rojo oscuro o morado, decaimiento o irritabilidad, llanto excesivo, rigidez en el cuello, convulsiones o pérdida de conocimiento.

### Aplicación de medidas físicas

- Quitar la ropa
- Poner paños de agua tibia en la frente, tórax, extremidades
- Administrar líquidos
- Temperatura ambiente neutra

### **Procedimiento para la obtención de datos**

A todas las personas (padres y/o cuidadores) que acudan con niños cuya edad esté comprendida entre 0 y 6 años al servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP) y cuyo motivo de consulta sea la presencia de fiebre, se les entregará el cuestionario para su cumplimentación, siempre que previamente se les explique los motivos del estudio y hayan firmado el consentimiento informado. (Condición imprescindible).

Previamente al inicio definitivo del estudio, se llevará a cabo un estudio piloto con 40 personas para determinar la viabilidad del mismo.

Y una vez comprobado la viabilidad se iniciará el estudio con una duración de 12 meses. La duración de 12 meses obedece a la pretensión de incluir todas aquellas enfermedades que tienen carácter estacional y también para evitar incurrir en los sesgos de selección de los sujetos debido a que se utilizará un muestreo consecutivo.

## **5. ANALISIS ESTADÍSTICO**

La estadística descriptiva se expresara en proporciones y medias con desviación estándar.

Comparamos la distribución de las variables categóricas utilizando tablas de contingencia.

Las diferencias se determinaran mediante el test de chi-cuadrado y la prueba p de significación será para valores inferiores a 0,05.

Los datos serán tabulados en hojas de cálculo Excel y para su análisis se utilizará el paquete informático SPSS, v. 22.0.

## **6. ASPECTOS ÉTICOS**

El proyecto será evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del área (CEIC).

Se informará a cada participante de los objetivos de la investigación y previamente al inicio del cuestionario se precisará tener firmado el consentimiento informado (Anexo 3).

Todos los registros con la información obtenida serán anónimos sin identificación personal y serán depositados en archivos numerados y de forma confidencial serán depositados en ordenadores y despachos únicamente accesibles al equipo investigador.

## **7. APRENDIZAJE DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO**

Las enfermeras que intervendrán en la administración de las encuestas en los servicios de urgencias, se entrenarán previamente en 6-7 reuniones de aprendizaje y entrenamiento, con el fin de conseguir estandarizar la metodología propia del estudio.

El entrenamiento y aprendizaje se efectuará en el centro coordinador del proyecto, que habitualmente se corresponde con un centro de salud del área y será impartido por profesionales entrenados en las diversas técnicas de enfermería y expertos en la realización de entrevistas.

Se procederá a la explicación de cada ítem contenido en la encuesta así como la previsión y anticipación de las dudas que se puedan plantear entre los participantes en el estudio.

Una vez entrenados se realizará un control de suficiencia y posteriormente se les entregará un certificado de capacitación.

## **8. CONTROL DE CALIDAD**

Mediante el control de calidad se pretende asegurar todos los aspectos del estudio garantizando la calidad técnica y científica, el registro y la notificación que afecta al cumplimiento de las instrucciones, calibración y estandarización de instrumentos, formación y certificación, informes periódicos y garantizar la calidad y gestión de los datos.

Los responsables coordinadores del estudio supervisarán todas las encuestas para comprobar su cumplimentación y cuando se detecten errores se excluirán del estudio o se corregirán en caso de que sea posible.

Para ello se nombrará a dos responsables enfermeras con experiencia en la coordinación de equipos investigadores. Estas supervisarán la cumplimentación correcta de los protocolos y la informatización de los datos.

Cuando se detecten cuestionarios incompletos se procederá a precisar la información con el participante.

## 9. LIMITACIONES

Negativas a participar

Técnica de muestreo: a pesar de querer recoger todos los procesos de carácter estacional, estos son muy dispares y se puede producir algún sesgo.

El cuestionario, al ser auto administrado, puede provocar que los profesionales en ocasiones, se encuentren realizando las tareas propias del servicio y no podrán resolver las dudas planteadas por los participantes, con lo cual algunos cuestionarios pueden quedar incompletos.

## **10. APLICACIÓN PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS**

La utilidad viene determinada por la relevancia derivada de la evaluación del conocimiento, interpretación y actitudes que tienen los padres y cuidadores de los niños de 0 a 6 años de edad.

Esta evaluación determinara la idoneidad de elaborar guías de actuación para padres y cuidadores o programas de educación grupal a padres y cuidadores con respecto a la fisiopatología de la fiebre y su manejo efectivo.

Además se incluirá el concepto de “fiebre fobia” para que los propios padres o cuidadores que lo padecen sean capaces de reconocerse y pedir ayuda al personal sanitario que sea oportuno.

## **11. MEDIOS DISPONIBLES**

Se dispone de equipos informáticos y paquetes estadísticos para la realización del estudio así como de los equipos materiales y técnicos del centro.

En cuanto al espacio físico en el servicio de urgencias se dispone de salas de espera, sala de triaje y despachos habilitados para la atención al público. Estos cuentan con el material técnico e instrumental necesario para la atención a los pacientes /usuarios del servicio.

El equipo técnico consta de termómetros óticos, esfigmomanómetros infantiles, pesos, tallímetro, equipo de radiología y demás enseres para aplicar los cuidados necesarios en cada caso.

Se dispone de equipos informáticos para el acceso a la historia clínica del paciente, lo que permite la correcta cumplimentación de los cuestionarios.

Se cuenta con la colaboración de todo el equipo sanitario y no sanitario del servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP).

## 12. CRONOGRAMA

- Elaboración del proyecto: Del día 1 marzo hasta día 15 abril de 2015.
- Aprobación del proyecto: Del día 16 de abril hasta el día 20 abril 2015.
- Coordinación intraequipo: Del día 20 abril hasta el día 1 de mayo 2015.
- Estudio piloto: Del día 1 de mayo hasta el día 1 agosto 2015.
- Inicio y desarrollo del proyecto: Del día 2 de agosto al día 3 de noviembre 2015.
- Presentación de resultados: abril de 2016.

### 13. PRESUPUESTO

Personal.....	300€
Material inventariable.....	500€
Material fungible.....	400€
Material informático.....	350€
Viajes y desplazamientos.....	600€
Participación en congresos.....	1.000€
Publicaciones.....	500€
<b>TOTAL.....</b>	<b>3.650 €</b>

## **14. PETICIÓN DE AYUDAS**

Se tiene previsto la elaboración de una memoria para la propuesta de petición ayuda financiera a la Gerencia Regional de Salud durante el periodo de publicación de las mismas.

## 15. BIBLIOGRAFÍA

1. Powell K. Fiebre. En: Behrman R, Kliegman R, Jenson H, editores. Nelson tratado de pediatría. 17 ed. Madrid: Elsevier; 2004.p.839-41.
2. Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J. Tratado de urgencias en pediatría. 2º Ed. Madrid: Ergón; 2011.
3. Guerrero Fernández J, Ruiz Domínguez JA, Menéndez Suso JJ, Barrios Tascón A. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría 5 Ed. Madrid : Publimed ; 2009
4. Revista pediátrica de Atención Primaria ·Vol XIII. Nº51. Julio/ septiembre 2011; 13:367-79.
5. Kluger MJ. Historical aspects of fever and its role in disease. En: Cox B, Lomax P. Thermoregulatory mechanisms and their therapeutic implications. Basel: Karger, 1980:65-70.
6. The evolution and adaptative value of fever. Am Sci 1978; 66:38-43.
7. Payne FJ. Thomas Sydenhman. London T. Fisher Unwin 1900: 1-3.
8. Bennett JL, Nicastrì A. Fever is a mechanism of resistance. Bacteriol Rev 1960; 24:16-34.
9. García Puga JM, Santos Pérez JL. Guía de Salud. Información sobre fiebre en la infancia. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2008. p. 8.
10. Schmitt BD: Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. Am J Dis Child 1980; 143: 176-81.
11. Rodrigo Gonzalo de Liria C, Méndez Hernández M. Fiebre sin foco. Protocolos y diagnósticos terapéuticos en pediatría. Asociación Española de Pediatría; 2011
12. Saúl Rubio JA, López Castilla JD. Síndrome febril sin focalidad. Pediatría Integral. 2006; X (4); 255-62.
13. Cortes O. la fiebre en el niño: respeto pero no miedo. Fisiopatología de la termorregulación. 24 abril de 2015.
14. Bilkis MD, Vásquez M, González Fabre C, Vasiket M, Diaz S, Zambrano J, et al. Estudio multicéntrico de la urgencia pediátrica. Arch. argent. pediatr. 2006;104(4): 301-308.

15. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Estrategia comunitaria sobre el mercurio, Bruselas 28.01.2005. COM (2005) 20 final. [Acceso: 1 de mayo de 2015]. Disponible en:

[http://Europa.eu/legislation\\_summaries/internal\\_market/single\\_market\\_for\\_goods/chemical\\_products/128155\\_es.htm](http://Europa.eu/legislation_summaries/internal_market/single_market_for_goods/chemical_products/128155_es.htm).

16. Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de la Asociación Española de Pediatría. Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría. An Esp Pediatr. 2000; 53:261-72.

## 16. Anexos

## **Anexo 1.**

## Encuesta sobre conocimientos sobre la fiebre en un servicio de urgencias

(fecha \_\_\_\_\_)

<b>Entrevistado</b>	Padre	Madre	Ambos	Cuidador	Otros
<b>Edad</b>			<b>Nacionalidad</b>		
<b>Profesión</b>			<b>Nivel estudios</b>	Superiores Medios primarios	
<b>Número de hijos</b>			<b>Su hijo es el mayor o el menor (1º,2º,3º,4º...)</b>		
<b>Edad del niño</b>	<b>Años/Meses</b>				
<b>Motivo consulta</b>					
<b>¿Ha utilizado termómetro para medir la fiebre?</b>	<b>Si No</b>		<b>¿Qué tipo?</b>	Digital De mercurio Frente	
<b>Lugar del cuerpo donde ha tomado la temperatura</b>	Frente Axila Recto Oído				
<b>¿Qué medidas ha tomado para bajar la fiebre?</b>	Medidas físicas Antitérmicos Ninguna				
<b>¿Qué medicamentos le ha administrado?</b>					
<b>¿Tiempo de evolución de la fiebre hasta acudir a urgencias?</b>					
<b>¿Ha acudido antes a otro profesional?</b>					
<b>¿Qué temperatura considera que es fiebre?</b>	Zona rectal Axila Frente Oído				
<b>¿A partir de que temperatura considera necesario recurrir a algún profesional?</b>					
<b>¿A partir de que temperatura considera necesario utilizar a algún antitérmico?</b>					
<b>¿Combina o alterna medicamentos?</b>	Sí		No		
<b>Si combina o alterna medicamentos, ¿Quién se lo indicó?</b>					
<b>¿Qué dosis utiliza?</b>	Según prospecto Pediatra Farmacéutico Otros				

Gracias por su colaboración

## **Anexo 2.**

## **Hoja informativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la fiebre en el niño.**

Las dudas sobre los límites considerados normales de la temperatura corporal en los niños, sus beneficios y peligros potenciales, así como la controversia en el tratamiento de la fiebre, generan ansiedad en los padres del niño enfermo.

Atendiendo a esta problemática se está llevando a cabo una investigación mediante la cual, se pretende evidenciar la presencia en la actualidad del concepto definido por Schmitt de la “fiebre fobia”, además de evaluar el conocimiento, interpretación, forma de medir y tratar la fiebre por los cuidadores o padres.

Para poder cumplir con nuestro objetivo solicitamos su colaboración y que si lo desea participe en nuestro estudio y nos ponemos a su disposición para que nos realice cuantas preguntas considere oportunas. Su enfermera de pediatría será su persona de referencia.

Si usted decide participar se le solicitará su consentimiento por escrito. La firma del documento no le impide abandonar el estudio cuando usted lo considere oportuno sin tener que justificarse por ello.

La decisión de no participar o retirarse en cualquier momento no cambiara el grado de atención que usted recibe por parte del personal sanitario.

### **Anexo 3.**

## **Consentimiento informado**

**Código/Identificación:**

D./Dña: \_\_\_\_\_

Reconoce haber sido informado adecuadamente de los motivos y fines que persigue la realización de la encuesta y en consecuencia otorga autorización para su realización y entiende que los datos e información que se deriven de la misma sólo serán utilizados para los objetivos de investigación.

Fecha: \_\_\_\_\_ Fdo.:

